

Orthopädie

Innere Medizin

Neurologie

Geistige Behinderung

Die Mischung macht's!				
LG-NR	Termine / Ort	Meldeschluss	FP	Kosten
210902	26. – 28.03.21 Sportschule Baden-Baden Steinbach	04.02.21	15	BBS-Mitglieder: 45,- € WBRS-Mitglieder: 210,- € Sonstige: 550,- €
<p>Inhalte: Nichts ist wichtiger als eine abwechslungsreiche Sportstunde. So kann keine Monotonie aufkommen und die Teilnehmer werden breitgefächert geschult.</p> <p>In dieser Fortbildung wird es neben dem funktionellen, ganzheitlichen Training auch einen kleinen Streifzug durch das Faszientraining sowie die Körperwahrnehmung/Entspannung geben. Aber auch der spielerische Ansatz wird nicht zu kurz kommen.</p> <p>Zielgruppe: Übungsleiter B Rehabilitationssport – Profil Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie und Geistige Behinderung</p>				

Anmeldeformular

Lehrgänge Badischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband (BBS)

Bitte beachten Sie, dass das Anmeldeformular nur bearbeitet werden kann, wenn es vollständig ausgefüllt ist!

persönliche Daten	Name, Vorname _____ Geb.-Datum: _____											
	Plz., Ort: () _____ Straße, Nr.: _____											
	Telefon: _____ E-Mail: _____											
	Verein: _____											
	Vorqualifikation ¹ _____ ¹ Bitte Qualifikationsnachweise zwecks Prüfung und Anerkennung mit der Anmeldung übersenden											
Lehrgangsdaten	Meine persönlichen Anforderungen an die Barrierefreiheit der Veranstaltung: <input type="checkbox"/> barrierefreies Zimmer <input type="checkbox"/> Gebärdensprachdolmetscher <input type="checkbox"/> besondere Lehrmaterialien <input type="checkbox"/> ich nutze einen Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schriftdolmetscher <input type="checkbox"/> Sonstiges _____											
	Ich melde mich zu folgenden Lehrgängen verbindlich an: <table border="1"><thead><tr><th>Nr.</th><th>Lehrgangsnummer</th><th>Lehrgangsbezeichnung</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Nr.	Lehrgangsnummer	Lehrgangsbezeichnung								
Nr.	Lehrgangsnummer	Lehrgangsbezeichnung										
weitere Angaben	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an andere Lehrgangsteilnehmer zur eventuellen Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden. <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeinen Teilnahmeregelungen zu den Aus- und Fortbildungslehrgängen des BBS und die Regelungen zum Datenschutz gelesen habe und diesen zustimme. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom BBS gespeichert und zum Zwecke der Lizenzausstellung an den DOSB und zur Lehrgangsorganisation an die jeweilige Sportschule weitergegeben werden. Hinweis: Im Falle der Nicht-Einwilligung kann keine DOSB-Lizenz ausgestellt bzw. verlängert werden. Eine Lehrgangsteilnahme ist nicht möglich.											
	Datum _____ Unterschrift _____											
Bestätigung Verein	Es wird bestätigt, dass Herr/Frau _____ bei uns im Verein als Übungsleiter (Rehasport) tätig ist bzw. spätestens drei Monate nach Abschluss der Prüfung tätig wird. Die allgemeinen Teilnahmeregelungen zu den Aus- und Fortbildungslehrgängen des BBS haben wir gelesen und stimmen diesen zu.											
	Name des Vereins _____ <input type="checkbox"/> Ja, der Verein wünscht eine Kopie der Anmeldebestätigung. Datum _____ Stempel/Unterschrift _____ <small>(Berechtigter nach § 26 BGB)</small>											